

上海国家会计学院研究生健康检查表

姓名		性别		民族		联系电话		照 片 体检医院 骑缝章	
报考专业				出生日期	年 月 日				
既往病史 (由考生本人如实填写)									
眼 科	裸眼 视力	右	矫正 视力	右	矫正度数		检查者:	医师意见 医师签名:	
		左		左	矫正度数				
	色觉 检查	彩色图案及彩色数码检查: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 异常			单色识别能力检查: (色觉异常者查此项) 红 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 绿 <input type="checkbox"/> 蓝 <input type="checkbox"/> 紫 <input type="checkbox"/>		检查者:		
		其他眼病							医师签名:
内 科	血压	mmhg		检查者:		医师意见 医师签名:			
	发育情况	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 差		心脏及血管	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 其它				
	呼吸系统	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 其它		神经系统	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 其它				
	腹部器官	肝		脾					
	其它								
外 科	身高	厘米	体重	千克	检查者:		医师意见 医师签名:		
	皮肤	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 其它		淋巴	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 其它				
	脊柱	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 其它		四肢	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 其它				
	其它								
耳 鼻 喉 科	嗅觉	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 其它		检查者:			医师意见 医师签名:		
	其它								
胸部 X 检查(附检查结果单)				医师意见		医师签名:			
肝 功(附检查结果单)						医师意见 医师签名:			
腹部 B 超(附检查结果单)						医师意见 医师签名:			
心电图(附检查结果单)						医师意见 医师签名:			

说明: 此表由考生本人复试时交研究生招生办公室。“既往病史”一栏, 考生必须如实填写, 如发现隐瞒病情, 不符合体检标准的, 不予录取。

体检医院 (盖章)
年 月 日